Rok XXXVII. Kraków 19 Lutego 1898. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Jeżeli postępowanie podczas operacyi chcemy nazwać bezgnilnem, w ścisłem słowa znaczeniu, koniecznem jest, aby wszystkie czynniki, wchodzące w grę wśród zabiegu operacyjnego, były w stanie bezgnilnym. Do tych czynników należą: pole operacyjne, tkanki, w których zabiegu dokonujemy, narzędzia, przybory, opatrunki, ręce operatora i asystentów. Wśród wielu operacyj chirurgicznych warunki układają się tak, że wszystkie te czynniki istotnie mogą być w stanie możliwie bezgnilnym, a to się zdarza, gdy operujemy na powierzchni ciała ludzkiego i w tkaninach niezakażonych. Jeżeli zaś operacya ma miejsce w tkankach zakażonych, niemożemy już mówić o begnilnie dokonanym zabiegu operacyjnym; tak samo rzecz się ma, jeżeli musimy operować w głębi jam ciała ludzkiego, jak n. p. w jamie ustnej, w tchawicy, pochwie, odbytnicy itd.

W położnictwie i ginekologii, jak do dziś, możemy operować ściśle aseptycznie wówczas, gdy do narządu płciowego dochodzimy sztuczną drogą, utorowaną przez powłoki brzuszne; ilekroć jednak mamy operować od strony pochwy nie jesteśmy w stanie w zupełności tym wymaganiom zadość uczynić.

Dotychczasowe badania wykazały, że w pochwie od pierwszych dni niemowlęctwa do końca życia, znachodzić się mogą i znachodzą różne drobnoustroje, a między nimi i chorobotwórcze i że dotychczas zna .e sposoby nie są dostateczne do wyjałowienia pochwy.

Na zewnętrznych częściach sromowych znachodzi się również mnóstwo drobnoustrojów, a z chorobotwórczych niemal zawsze *bacterium coli commune*. Zewnętrzne części sromowe możemy dokładnie ogolić, należycie wyjałowić i chwilowo stan bezgnilny tam uzyskać; ale najczęściej nienadługo, gdyż lada chwila mogą być zanieczyszczone wśród zabiegu operacyjnego, czy to z pochwy, czy z pęcherza moczowego lub odbytnicy.

Doświadczenie dotychczasowe poucza, że w warunkach fizyologicznych, przy użyciu dotychczasowych sposobów wyjaławiania zewnętrznych części sromowych i pochwy, uzyskujemy stan do bezgnilnego zbliżony i mamy wyniki operacyjne stosunkowo bardzo dobre. Inaczej ma się rzecz tam, gdzie rozchodzi się o istniejące w pochwie stany patologiczne i rozwijające się obok nich drobnoustroje chorobotwórcze; zwykłe sposoby wyjaławiania są tu niedostateczne, a wyniki operacyjne nie są tak dobre. Okoliczność ta dała pochop do poszukiwań, dążących do tego, aby wśród zabiegów, dokonywanych na wewnętrznych częściach rodnych, ominąć części kanału rodnego, położone poniżej pola operacyjnego.

W tym celu, gdy mamy operować w pochwie, osłaniamy o ile to możebne zewnętrzne części sromowe kompresami wyjałowionymi. Jeżeli zaś operacyi dokonać mamy na macicy, lub w jamie macicznej, staramy się ominąć pochwę jużto zapomocą należytego rozwarcia jej wziernikami, już też spychamy lub ściągamy macicę na dół, aż do szpary sromowej, aby tym sposobem zetknięcia się z pochwą uniknąć. Aczkolwiek sposoby te przedstawiają znakomity postęp na drodze do osiągnięcia postępowania bezgnilnego wśród operacyj położniczych i ginekologicznych, to zawsze musimy wyznać, że są one niedostateczne. Kompresy, ułożone na zewnętrznych częściach sromowych, zesuwają się łatwo; wzierniki założone do pochwy osłaniają ją tylko częściowo, a zepchnięcie lub ściągnięcie macicy ku dołowi rzadko tylko tak się udaje, aby ujście zewnętrzne równo ze szparą sromową było ułożone, a tem samem by wśród operacyi srom i wnijście pochwowe mogły być ominięte. Nadmienić mi tu wypada, że sposoby te łatwo dają się zastosować w szpitalu przy dostatecznej asystencyi, w praktyce jednak prywatnej, jak to każdemu praktykującemu położnikowi wiadomo, napotyka się na bardzo znaczne trudności, jużto pod wpływem nagłości przypadku, już też z braku potrzebnych przyborów i dostatecznej asystencyi.

Od dłuższego już czasu zajmujemy się tą sprawą w kierowanym przeze mnie położniczo-ginekologicznym oddziale; pracę w tym kierunku rozpoczął Dr. Kośmiński, który ogłosił w „Przeglądzie lekarskim" (z r. 1897 Nr. 26 i 27) i w „Centrallblat für Gyn." (1897 Nr. 29) swój sposób postępowania w niektórych operacyach położniczych. Kośmiński wprowadził w życie myśl już wypowiadaną, że operacye położnicze należałoby, że tak powiem, wykonywać więcej po chirurgicznemu, o ile możności pod kontrolą wzroku. Sposoby te są cennym nabytkiem w położnictwie operacyjnem; operujemy tylko tymi sposobami i jesteśmy zupełnie z nich zadowoleni. Praca Kośmińskiego dała pobudkę Burckhardtowi, który również w „Centrallblat für Gyn." (1897 Nr. 45) ogłosił rozprawę, w której doradza, aby, w celu zapobieżenia zetknięciu się ze ścianami pochwy, w razie gdy mamy wprowadzić rękę do kanału rodnego, rozewrzeć pochwę bardzo szerokimi, umyślnie na ten cel zbudowanymi wziernikami liściowymi. O ile sposób ten jest praktyczny, doświadczenie pouczy; mnie się jednakowoż wydaje, że tylko teoretycznie się dobrze przedstawia, albowiem wątpię, aby w każdym przypadku można było wprowadzać rękę między niepodatnymi, posiadającymi różne wygięcia, metalowymi wziernikami. Wzierniki takie muszą krępować ruchy posuwającej się w górę ręki,

albo wywierać nadmierny ucisk na części rodne kobiece. Najłatwiej dałoby się, sądzę, to postępowanie zastósować w przypadkach porodowych, w okresie wydalania łożyska, w celu ręcznego wydobycia części dodatkowych. Bądź jak bądź, sposób ten niemoże być dostatecznym, albowiem nie osłoni zupełnie pochwy, aby zetknięcie się ręki z jej ścianami mogło być wykluczone.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala powszechnego w Nowym Sączu.

Przyczynek do kazuistyki torbieli skórzastych języka.

Podał

Dr. Maurycy Ameisen.

Umiejscowienie torbiela skórzastego w języku jest rzeczą rzadką i niewiele tylko przypadków znachodzimy w literaturze. Odróżnić przytem należy torbiele skórzaste, wychodzące z samego języka, od torbieli okolicy podjęzykowej, które są nieco częstsze. Kilka przypadków torbieli skórzastych języka opisał M. Géhe; były to małe torbiele, umiejscowione w linii środkowej języka. Torbiele skórzaste okolicy podjęzykowej opisali Bryk, Bauer, Linhart, Güterbock, König i inni. W jednym przypadku Bryka był to torbiel wielkości pięści, wypełniający jamę ust i tworzący narośl na szyi, w okolicy podjęzykowej. W ostatnich czasach spostrzegałem przypadek bardzo podobny co do wielkości i umiejscowienia do poprzednio wspomnianego przypadku Bryka, lecz różniący się tem, że wychodził on z podstawy języka, a ponieważ przypadki takie nie są częste, sądzę, że zasługuje na opisanie go w krótkości.

Dnia 6 listopada b. r. zgłosił się do szpitala 62 lat liczący wyrobnik, Błażej Marszałek, podając, że od 5 lat zauważył pod językiem i na szyi obrzmienie, które w ostatnich czasach do tego stopnia się powiększyło, że obecnie utrudnia mu w znacznym stopniu mowę i połykanie. Badanie bliższe wykazuje: Pod językiem, który jest tak obrzękły, że wypełnia całą jamę ustną, czuć obrzęk chełbocący, stojący w związku z guzem wielkości dużego jabłka, znachodzącym się w okolicy podszczękowej, wykazującym również wyraźne chełbotanie. Guz ten jest ściśle odgraniczony, ruchomy, nie przeświecający, skóra na nim przesuwalna. Uciskając język ku dołowi palcami do ust włożonymi, zwiększa się pojemność i napięcie guza na szyi. Mowa niewyraźna, gardłowa, połykanie upośledzone tak, że tylko płyny z trudnością przechodzą, a oddech utrudniony, charczący. Nakłócie strzykawką Pravatza wykazało treść kaszakowatą; rozpoznanie torbiela skórzastego nie ulegało zatem wątpliwości, a operacya, na drugi dzień wykonana, potwierdziła je.

Cięciem podkowiastem (Regnioli — Czerny — Billroth), równolegle do brzegu żuchwy biegnącem, odsłonięto guz na szyi, odsunięto i przecięto tymczasowo mięśnie szyi na przedniej powierzchni guza leżące i wyłuszczono go bez trudności aż do podstawy. Przy wyłuszczaniu okazało się, że torbiel wychodził z podstawy języka niedaleko od otworu ślepego (foramen coecum), a oddzielenie go od języka w tem miejscu było nader trudne. Język, skutkiem ucisku, był zanikowo ścieńczony. Następnie zeszyto mięśnie przecięte i skórę i założono sączek z gazy jodoformowej, gdyż przy oddzielaniu pękła torebka na małej przestrzeni i nieco treści kaszakowatej wylało się do rany.

Wyłuszczony torbiel był wielkości dużego jabłka, w torebce dosyć grubej, gładkiej i zawierał około 250 grm. treści kaszakowatej.

Przebieg pooperacyjny był całkiem prawidłowy, tak, że po 2 tygodniach chory wyleczony opuścił szpital, przyczem stwierdzono znaczną poprawę mowy i możność połykania pokarmów stałych.

III. Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jagiellońskiego prof. Dra Jordana.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków i o związku jaki zachodzi pomiędzy włókniakami a rakiem macicy.

Napisał

Dr. Ludwik Świtalski,

I. asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Wracając teraz do naszego przypadku, należy przypuścić, że pod wpływem rozwijającego się włókniaka, przybłonek walcowaty, wyścielający pokrywającą go błonę śluzową, zamienił się na płaski, a ten dalej rozrósł się w nowotwór, który bez przeszkód rozwijał się od powierzchni guza.

Gdyby była inna przyczyna tej przemiany przybłonka, to i na błonie śluzowej, tak szyjki jak i trzonu macicy, musielibyśmy spotkać przybłonek płaski; badanie zaś drobnowidowe wykazało wszędzie przybłonek walcowaty, dobrze utrzymany. Widzimy więc, że może nastąpić wśród włókniaka pierwotny rozwój raka z błony śluzowej, pokrywającej włókniak. Że się to tak rzadko dzieje, tłómaczyłbym tem, że przy tej postaci włókniaków, w przeważnej części przypadków, błona śluzowa, pokrywająca je, ulega znacznemu zanikowi, a właśnie przerost błony śluzowej, zwłaszcza jej części gruczołowej, jak to poniżej zobaczymy, ma stwarzać korzystne warunki dla rozwoju raka.

Wiadomo, że włókniakomięśniaki, rozwijając się w macicy, nie pozostają dla tego narządu obojętnymi, ale w przeważnej liczbie przypadków, wskutek ciągłego drażnienia i przez to podtrzymywanego przekrwienia, sprowadzają przerost macicy, a nierzadko i zmiany na błonie śluzowej, które mogą stać się przyczyną krwawień, jakie włókniakom tak często towarzyszą. Jako dowód drażnienia, wywoływanego przez włókniaki w macicy, podają Schröder, Ruge i Veit często znaczne opóźnienie lat przejściowych (climacterium) u osób, dotkniętych włókniakami.

Ponieważ zaś ciągłe drażnienie tkanek, w pewnych warunkach, ma usposabiać do rozwoju raka, więc zadawano sobie pytanie, czy włókniaki mogą się przyczynić do stworzenia odpowiedniego gruntu dla rozwoju raka, czy wogóle w przypadkach, w których włókniaki i rak występują równocześnie w macicy, można się dopatrzyć związku pomiędzy tymi nowotworami?

Włókniaki rozwijają się najczęściej w trzonie macicy, przeciwnie zaś rak w szyjce macicy i to w jej części pochwowej. Taka kombinacya nie rzadko się zdarza i prawie wszyscy autorowie twierdzą, że w tych razach nowotwory te występują niezależnie od siebie. Bardzo często bowiem przy włókniakach trzonu macicznego niema objawów draż-

nienia szyjki, której tak miąższ jak i błona śluzowa mogą zachowywać się prawidłowo. Ponieważ zaś rak trzonu macicznego występuje wogóle rzadko, więc mimowoli nasuwa się pytanie, czy w przypadkach, w których nowotwór ten występuje razem z włókniakami, te ostatnie nie przyczyniły się do jego rozwoju?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy przedewszystkiem uwzględnić statystykę, t. j., czy zdarza się to tak często, że o jakimś związku przyczynowym trzeba wogóle w tych razach myśleć.

Rozumie się, że w statystyce należy uwzględnić tylko takie przypadki, które były dokładnie spostrzegane, w których zostały przeprowadzone badania drobnowidowe, a więc pochodzące dopiero z ostatnich dziesiątków lat. Z dostępnej mi literatury mogłem zebrać następujące przypadki:

Boetticher opisał przypadek z kliniki Schrödera, w którym, u kobiety 47-letniej, znajdowały się włókniaki śródmiąższowe i podsurowicze, a w błonie śluzowej był rak gruczołowy. Wahrendorff ogłosił dwa przypadki: 1) u chorej 60 lat liczącej były liczne małe włókniaki śródmiąższowe, częściowo zwapniałe; na błonie śluzowej rak; 2) u chorej 62-letniej, w macicy powiększonej do wielkości głowy ludzkiej, znajdowały się liczne włókniaki podsurowicze i śródmiąższowe, a na błonie śluzowej rak gruczołowy. W przypadku ogłoszonym przez Wagnera z kliniki prywatnej Veita, znajdował się rak (adenocarcinoma), u kobiety 54-letniej, w macicy, obok włókniaków podśluzowych i śródmiąższowych.

W klinice w Bonn spostrzegano cztery przypadki opisane przez Schoenholza: 1) u chorej 58-letniej był włókniak śródmiąższowy i rak trzonu; 2) u chorej 48 letniej stwierdzono w tylnej ścianie macicy włókniak podsurowiczy, a na błonie śluzowej trzonu rak; 3) u chorej 60-letniej były włókniaki podśluzowe i rak gruczołowy; 4) u chorej 55-letniej włókniak śródmiąższowy w ścianie przedniej, liczne włókniaki podsurowicze w ścianie tylnej macicy, a na błonie śluzowej rak. Rademacher podał przypadek z kliniki w Gryfii, gdzie u kobiety 43-letniej znajdowały się włókniaki śródmiąższowe i rak macicy. Löhlein znalazł trzy razy raka trzonu macicznego razem z włókniakami. Röhrig[19]) na 570 przypadków spostrzegał 24 razy następowy rozwój raka wśród włókniaków. Na 205 chorych z włókniakami macicy stwierdził Martin dziewięć razy raka trzonu macicznego.

Semb[20]) znalazł u kobiety, lat 50 liczącej, włókniak śródmiąższowy, a na błonie śluzowej rozpoczynającego się raka; Schatz[21]) opisał włókniako-gruczolaka torbielowatego trzonu macicznego; tłómaczy jednak ten przypadek w ten sposób, że najpierw przyszło do wytworzenia się gruczolaka torbielowatego w błonie śluzowej, który w następstwie dopiero, wskutek draźnienia, wywołał rozwój włókniaków wśród tylnej ściany. Uter[22]) ogłosił dwa przypadki gruczolaka rozlanego błony śluzowej przy włókniakach macicy. W obu przypadkach wykonano odcięcie macicy nadpochwowe i w obu przypadkach wystąpił nawrót, w jednym w pół roku, w drugim po 3 latach.

W przeszłym roku szkolnym obserwowaliśmy przypadek, również do tej gromady należący:

Pacyentka, mająca lat 51, rodziła raz przed 33-ma laty prawidłowo. Miesiączkowała również prawidłowo. Od czterech lat miewa nieokresowe krwawienia, w ostatnim roku bardzo obfite, a w ostatnich miesiącach obok tego cuchnące upławy i silne bóle w krzyżach. Badanie wykazało u osoby bardzo wyniszczonej i w wysokim stopniu niedokrewnej, macicę powiększoną przez włókniak, usadowiony w tylnej ścianie tak, że górna granica macicy występuje na szerokość trzech palców ponad spojenie kk. łonowych. Część pochwowa niżej ustawiona, bliżej spojenia łonowego, spłaszczona, zbitsza, ujście zewnętrzne poprzeczne, brzegi jego nie zupełnie gładkie. Szyja maciczna drożna dla palca, który daje się przeprowadzić ponad ujście wewnętrzne do jamy macicznej, która jest obszerna, a błona śluzowa, tak trzonu jak i szyi, nierówna. Z jamy macicznej sączy się brudna, cuchnąca wydzielina. Dnia 9/I 1897 dokonano wycięcia macicy sposobem Freunda. Pomimo że zabieg operacyjny nie przedstawiał wielkich trudności, chora zmarła wśród objawów zapadu w 5 dni po operacyi.

Sekcya, prócz niedokrewności i stłuszczenia serca, nie wykazała żadnych innych zmian.

Po wyjęciu macica okazała się znacznie powiększona; mieści ona w tylnej ścianie włókniak śródmiąższowy wielkości dwóch pięści. Na przekroju ściany maciczne znacznie zgrubiałe (do 3 ctm.); jama maciczna obszerna, błona śluzowa, tak trzonu jak szyi, nierówna, bardzo znacznie zgrubiała, bo do 0·5 ctm. (fig. 4). W dnie macicy i w szyi, na błonie śluzowej znajdują się strzępy nekrotyczne (fig. 4 a i b), brudno-szaro-zielone, mocno cuchnące.



(Rys. 4).

Badanie drobnowidowe wykazało, że błona śluzowa w całości zajęta jest przez raka gruczołowego (adenocarcinoma), który rozprzestrzenia się również w powierzchownej warstwie mięśnia macicznego. Sam włókniak, oddzielony od błony śluzowej warstwą miąższu około 4 mm. grubą, był wolny od raka. W tym przypadku rak gruczołowy rozwinął się z gruczolaka, za czem przemawia to, że ogniska rakowe nie wszędzie się znajdują, a nowotwór okazuje przeważnie budowę gruczolaka złośliwego (adenoma malignum).

Jeżeli do tych przypadków dołączymy jeszcze pięć powyżej wymienionych, gdzie rak, wychodzący z błony śluzowej, rozwijał się w dalszym ciągu pierwotnie we włókniaku, to widzimy, że liczba przypadków, w których obok włókniaków macicznych, rozwija się równocześnie rak, jest wcale pokaźna tak, że pytanie powyżej postawione jest zupełnie uzasadnione.

Zachodzi więc drugie pytanie, jaki związek może zachodzić pomiędzy włókniakami a rakiem?

Jak już wyżej wspomniałem, w przebiegu włókniakomięśniaków często występują zmiany na błonie śluzowej macicy, które mogą być rozmaite.

Wyder[23]), na podstawie swych badań utrzymuje, że zmiany na błonie śluzowej macicy, zajętej włókniakami, zależne są od usadowienia się włókniaków. Przy włókniakach śródmiąższowych występują częściej zmiany w gruczołach, polegające na bujaniu i rozroście, podczas gdy tkanka łączna bierze w tem mały tylko udział; przy włókniakach podślu-

[19]) Cytowany przez Ehrendorffera Archiv. f. Gynäkologie Bd. LXII S. 251.
[20]) Archiv für Gynäkologie Bd. XLIII S. 200.
[21]) Archiv. f. Gynäkologie Bd. XXII S. 456.
[22]) Centr. für Gynäkologie 1891 S. 689.
[23]) Archiv f. Gynäk. Bd. XIII S. 1.

zowych rozrasta się częściej tkanka łączna, podczas gdy gruczoły albo nie ulegają zmianie, albo nawet zanikają. Opisuje przytem przypadek, gdzie w macicy, pochodzącej z kobiety zmarłej z powodu torbiela jajnikowego, znajdowały się liczne włókniaki podsurowicze i śródmiąższowe. Błona śluzowa, przedstawiająca się zresztą prawidłowo, w miejscu, odpowiadającem siedzibie włókniaka śródmiąższowego, była nierówna, kosmata. Badanie drobnowidowe wykazało w tem miejscu bardzo znaczny rozrost gruczołów na koszt tkanki międzygruczołowej, której było bardzo mało.

Inni autorowie (Campé[24]), Schmal[25]), Semb[26]), którzy zajmowali się badaniem zmian w błonie śluzowej w przebiegu włókniaków, podają mniej lub więcej odmienne wyniki; wszyscy jednak godzą się na to, że w przebiegu włókniaków mogą występować zmiany, polegające na rozroście i bujaniu gruczołów. Odmienne zapatrywanie mają S e m b i U t e r. Według Semba zmiany na błonie śluzowej nie są zależne od włókniaków, ale że jedna i ta sama przyczyna wywołuje równocześnie zmiany w błonie śluzowej i ogólny przerost umięśnienia lub też tworzenie się włókniaków. Uter[27]) zaś twierdzi, że zmiany gruczolakowe w błonie śluzowej macicy wywołują nie tylko, jak dotąd mniemano, przerost mięśnia macicznego, ale mogą prowadzić także do powstawania włókniaków. Popiera to twierdzenie tem, że Cornil częściej znajdował znaczne zapalenie błony śluzowej macicy w przebiegu małych włókniaków, niż dużych. Autorowie ci są jednak odosobnieni w swoich zapatrywaniach, mogących się odnosić do wyjątkowych przypadków.

Przerost i rozrost gruczołów, spotykany w błonie śluzowej macicy, może występować w rozmaitym stopniu i, zależnie od tego, mówimy o zmianie zapalnej gruczołowej (endometritis glandularis), lub gdy przerost i rozrost gruczołów jest bardzo znaczny, o gruczolaku błony śluzowej tak, że pomiędzy jedną a drugą zmianą niema ścisłej granicy. Charakterystyczne, według Rugego, zachowywanie się gruczołów w gruczolaku spotykano (Pinkus[28]) i przy zwykłym rozroście gruczołów (hyperplasia glandularis).

Bardzo jest prawdopodobnem, że, jeżeli przyczyna, wywołująca rozrost i bujanie gruczołów w błonie śluzowej dalej się utrzymuje, może przyjść w pewnych warunkach do rozwoju gruczolaka. Spostrzeżenia zaś pouczają, że gruczolak w dalszym ciągu zamienić się może w raka gruczołowego, jak to już niejednokrotnie stwierdzonem zostało. Breisky uważał gruczolaka za wstępny okres (Vorstadium) raka gruczołowego.

Jeżeli teraz uwzględnimy, że w przebiegu włókniaków mogą wystąpić w błonie śluzowej zmiany, polegające na rozroście i bujaniu gruczołów, to należy przypuścić, że pod wpływem dalej działającego bodźca przychodzi w pewnych przypadkach do wytworzenia się gruczolaka i raka gruczołowego. Tak, że związek, jaki zdaje się najczęściej zachodzić pomiędzy włókniakami a rakiem błony śluzowej, nie jest bezpośredni, ale pośredni, t. j., że włókniaki mogą stworzyć korzystne warunki dla rozwoju raka macicy o tyle, o ile wywołują zmiany w błonie śluzowej macicy.

---

[24]) Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk. Bd. X S. 356.
[25]) Cytowany przez Semba.
[26]) Archiv. für Gynäk. XLIII S. 200.
[27]) Centr. für Gynäk. 1891 S. 689.
[28]) Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895 S. 220.

Z zestawionych powyżej przypadków pokazuje się, że rak najczęściej występuje przy włókniakach śródmiąższowych. Toby właśnie przemawiało za powyższem twierdzeniem, gdyż, według badań Wydera, najwięcej zasługujących na uwzględnienie, właśnie przy tej postaci włókniaków przychodzi najczęściej do przerostu i rozrostu gruczołów. Simpson był pierwszym, który utrzymywał, że pomiędzy włókniakami a rozwijającym się rakiem zachodzi pewien związek; dzisiaj, jakkolwiek wielu zapatrywanie to podziela, dużo jest jeszcze przeciwników.

Statystyka jednak i zmiany na błonie śluzowej wśród włókniaków przemawiają za tem, że związek ten istnieje i, przy określaniu wskazań operacyjnych przy włókniakach, powinniśmy się więcej niż dotąd z tą możliwością liczyć. Tem więcej, że przy krwawieniach, towarzyszących włókniakom u osób blizko lat przejściowych, (w którym to czasie i przy włókniakach występuje najczęściej rak błony śluzowej) żywi się nierzadko nadzieję, że gdy wystąpi *climax* i krwawienia ustąpią.

W przypadkach więc krwawień (nie mówię o dużych krwotokach, które same przez się stanowią wskazanie do operacyj radykalnych), w przebiegu włókniaków, zwłaszcza o osób starszych, powinniśmy się, przed zastósowaniem leczenia objawowego, przekonać, jakie są zmiany w błonie śluzowej, aby w danym razie wcześnie przystąpić do zabiegu radykalnego. Znaczniejszy przerost i rozrost gruczołów powinien stanowić wskazanie do operacyi radykalnej.

W końcu poczuwam się do obowiązku złożenia podziękowania Wielmożnemu prof. Drowi Jordanowi za pozwolenie mi zużytkowania przypadków klinicznych do niniejszej rozprawki.

L i t e r a t u r a.

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der allgem. patholog. Anatomie 1889.
Cruveilhier: Traité d'anatomie pathologique générale 1856.
Gusserow: Die Neubildungen des Uterus 1882.
Klob: Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.
Virchow: Die krankhaften Geschwülste 1863.
Boetticher: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Fibromyom und Carcinom am Uterus. Inaug. Dissert. 1884.
Ehrendorffer: Die primäre carcinomatöse Degeneration der Fibromyome des Uterus. Centralblatt f. Gynäk. 1892 Nr. 27.
Ehrendorffer: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom der Gebärmutter Arch. f. Gynäk. Bd. LXII S. 254.
Löblein: Carcinoma corporis uteri combinirt mit Fibromyoma intramurale. Zeitschr. f. Geburts u. Gynäk. XVI S. 151.
Löhlein: Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses. Gynäkologische Tagesfragen 1893.
Peter: Ueber die carcinomatöse Degeneration der Uterusfibromyome. Inaug. Dissert. 1893.
Rademacher: Ein Beitrag zu den Beobachtungen der carcinomatösen Degeneration der Fibromyoma uteri Inaug. Dissert. 1895.
Roerig: Erfahrungen über Verlauf u. Prognose der Uterusfibromyomen. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. V S. 266.
Ruge i Veit: Der Krebs der Gebärmutter. Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäk. 1881 S. 300.
Schramm: Ueber das gleichzeitige Auftreten von Fibromyomen u. Carcinom am Corpus uteri. Centralbl. f. Gynäk. 1892 S. 235.
Schoenholz: Ueber das primäre Carcinom des Uteruskörpers. Inaug. Diss. 1887.
Wahrendorff: Fibromyome und Carcinome des Uterus Inaug. Diss. 1887.
Wagner: Fibromyoma et carcinoma corporis uteri Inaug. Dissertation 1886.
Voigt: Ueber Drüsenbildung in Myomen. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1896 Bd. III.

Venn: Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Carcinoma u. Myome corporis uteri. Inaug. Dissert.

Recklinghausen: Die Adenomyome u. Cystadenome der Uterus und Tubenwandung 1896.

IV. Przyczynek do kazuistyki torbieli spojówki oka

podał

Dr. K. Rumszewicz (w Kijowie).

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Do tych przypadków dodać mogę 2 własne spostrzeżenia.

1. Helena S., 3-letnia, na oczy nigdy nie cierpiała. Lewe oko i części je otaczające, zupełnie prawidłowe. W prawej gałce ocznej również żadnych zgoła zmian nie spostrzegano; to samo da się powiedzieć o górnej powiece. Przeciwnie dolna powieka jest wypukłą ku przodowi, a brzeg jej wolny cokolwiek podniesiony ku górze, wskutek tego szczelina powiek wydaje się znacznie węższą. Po odwinięciu powieki dolnej spostrzegamy przeźroczysty zupełnie blady utwór; zajmuje on cały załamek dolny, prócz zewnętrznej czwartej części jego; ku wewnątrz dochodzi do samego prawie mięska łzowego ku przodowi zbliża się o 3 mm. do brzegu wolnego powieki. Przy dotknięciu jest on sprężysty, powierzchnia zupełnie gładka. Spojówka wszędzie zupełnie prawidłowa, nieżytu ani śladu. Rozciąłem utwór przez całą długość, nadto wyciąłem 3 kawałki przedniej ściany od wewnątrz, wraz z cząstką spojówki, w środku i w zewnętrznej części, każdy mniej więcej 3 mm. długi a 2 szeroki. Następnie wyskrobałem próżnię ostrą łyżeczką. Cieczy zebrałem 20 kropli.

2. Marya P., 6-letnia. Na oczy nigdy nie cierpiała. Przed rokiem rodzice dostrzegli obrzęk lewej powieki dolnej. Po odwinięciu jej spostrzegamy blado-różowej barwy przeźroczystą wyniosłość, która zajmuje wewnętrzną połowę załamka dolnego, począwszy od mięska łzowego, a kształt ma raczej jajowaty. Brzeg przedni jest oddalony o 3 mm. od brzegu wolnego powieki; brzeg tylny przekracza nieco brzeg tylny załamka. Zmian nieżytowych w spojówce zgoła żadnych, gałki oczne zupełnie prawidłowe. Rozciąłem też jak i w pierwszym przypadku ścianę torbiela w kierunku załamka przejściowego i wyciąłem 2 kawałki, jeden, jak w pierwszym przypadku, ku wewnątrz z cząstką spojówki. Ciecz zebrałem osobno. Dodam, że o urazie w obu przypadkach wzmianki nawet nie było.

Wyniki badania drobnowidowego w obu przypadkach były zupełnie prawie jednakowe, opiszę je też razem. Ciecz wypuszczona była blada i przeźroczysta; badając, po dłuższem staniu, warstwę na szkle pozostałą, znalazłem w bardzo zresztą nieznacznej liczbie prawidłowe, lub częściej w stanie rozpadu, komórki przybłonkowe. Zewnętrzną powierzchnię ściany torbiela pokrywał przybłonek spojówki, którego komórki w warstwie głębokiej miały kształt sześcienny, w powierzchownej — zupełnie płaski, komórek kielichowatych wcale nie było. Pod przybłonkiem spojówki znajdowała się warstwa dość gęstej tkanki łącznej włóknistej, w której rzadko bardzo spostrzedz można było komórki limfoidalne. Pod tą warstwą znajdowała się luźniejsza tkanka łączna, bardziej obfitująca w komórki limfoidalne, dalej znów cienka warstwa tkanki gęściejszej, właściwa ściana torbiela, którą pokrywał przybłonek tylko jednowarstwowy. Komórki jego nie były zupełnie płaskie, zbliżały się raczej do kształtu sześciennego. Taką budowę znalazłem we wszystkich zbadanych cząstkach ściany torbiela. Najciekawsze jednak otrzymałem wyniki, badając wspomniane wyżej cząstki ściany, wycięte wraz z otaczającą je spojówką. Otóż przybłonek spojówki tworzył liczne i długie bardzo wyrostki, skierowane ku wewnątrz. Były one stałe, lub zawierały światła, często rozgałęziały się; razu jednego rozgałęzienie zupełnie przypominało liść akacyi. Jednocześnie z powstawaniem światła, komórki zmieniały kształt swój, mianowicie bezpośrednio przewód wyścielające przybierały kształt sześcienny, lub nawet walcowaty. Kierunek wyrostków był prostopadły do powierzchni błony, lub też ukośny; nic też dziwnego, że obok przewodów napotykałem okrągłe utwory, w środku mające światło, a otoczone komórkami, których warstwa wewnętrzna miała kształt walcowaty, a jądra znajdowały się u podstaw i przypominały pęcherzyki gruczołów Krausego. W pierwszym przypadku udało mi się widzieć bardzo długi przewód, przypominający jakby przewód gruczołu potowego, który otaczał brzeg wewnętrzny torbiela i zbliżał się do samej podstawy tegoż, jakkolwiek połączenia bezpośredniego nie widziałem. W tym przewodzie, jakoteż w skanalizowanych wyrostkach, napotykałem liczne komórki kielichowate. Ginsberg, na rys. 6., przedstawił długi przewód, właściwie wór przybłonkowy, otaczający ścianę torbiela. W moim przypadku wyraźnie widziałem początek wspomnianego przewodu przybłonkowego w kształcie szerokiego lejka na powierzchni spojówki; następnie zwężał się on nieco i, w kształcie łuku, idącego równolegle z wewnętrzną ścianą torbiela, zbliżał się ku podstawie jego.

W jaki też sposób powstawać mogą utwory torbielowe pod spojówką? Co się tyczy utworów, powstających w obrębie spojówki gałkowej, te oddawna są znane, częściej też ulegały badaniom anatomicznym. Co do nich, to wiemy, że powstają z naczyń chłonnych, lub też są wrodzone i należą właściwie do dziedziny teratologii. Inaczej rzecz się ma z utworami torbielowymi, powstającymi w obrębie spojówki powiek i załamka. Co do pierwszych, znamy dotąd jeden tylko przypadek licznych torbieli przez Vossiusa podany, który też, jak już widzieliśmy, dostatecznie udowodnił, że mieliśmy w nim torbiele, powstałe w skutek zadzierżenia rozrosłych gruczołów Henlego. Przypadków utworów torbielowych, powstałych w obrębie załamków, mamy dotąd conajmniej 19. Dla powstania ich są trzy możliwe źródła: 1) naczynia chłonne, 2) gruczoły Krausego i 3) sam przybłonek spojówki. Pochodzenie z naczyń chłonnych przyznawali dla swoich przypadków Makrocki, De Beck i Stoewer (drugi przypadek). O ile przypuszczenie to było uzasadnione, orzec stanowczo trudno. W każdym razie warunki dla powstawania torbieli z naczyń chłonnych niezbyt są sprzyjające w oku i częściach je otaczających, gdyż znajdujemy tu przeważnie układ szczelin i obszernych przestworów chłonnych; przeciwnie zaś, zwyczajne naczynia chłonne bardzo są słabo rozwinięte.

Szkoła włoska (De Vincentiis, Moauro, Antonelli i Rombolatti) wyprowadzała torbiele załamków od pęcherzyków lub przewodów gruczołów Krausego. Ginsberg utrzymuje, co do prac Moauro i Antonellego, że najpierw spostrzegane przez autorów „drobne torbiele“, obok głównych, były oddalone od tych ostatnich zbyt daleko, by można było przyznać w nich pęcherzyki gruczołowe; prawdopodobnie były to, zdaniem jego, cięcia poprzeczne wyrostków przybłonka, mających przewody. Dalej, co do charakteru przybłonka, nie przypisuje on okoliczności tej najmniejszej wagi, a to z powodu, że stósownie do ciśnienia, któremu ulega, następują w przybłonku znaczne zmiany; dalej znów „typowy“, zdaniem włoskich autorów, przybłonek 2-warstwowy, o ob-

wodowej warstwie sześciennej a środkowej walcowatej, jak słusznie przypomina Ginsberg, napotykać się daje nietylko w chorobowych zagłębieniach przybłonka, lecz nawet na dnie zupełnie prawidłowych rowków Stiedy. Dodam, że samo miejsce, w którem powstały w obu przypadkach utwory torbielowe, również nie przemawia na korzyść teoryi włoskich badaczy. Zresztą na topografię gruczołów Krausego dotąd zamało zwracano uwagi, jakkolwiek już w roku 1874 Wolfring (Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageheft) podał pod tym względem zupełnie dokładne dane, które, co do mnie, najzupełniej potwierdzić mogę. Najbardziej są rozwinięte gruczoły Krausego w zewnętrznej połowie powiek, zwłaszcza górnej, nadto w obrębie załamka spojówki, pośród części miękkich, pozostających w warunkach, w których torbiele najłatwiej rozwijać by się mogły. Przeciwnie w wewnętrznej połowie powiek, zraziki gruczołów o wiele słabiej są rozwinięte, a nadto położone pośród twardej tkanki chrząstki. Tymczasem w przypadku Moauro torbiel znajdował się w wewnętrznej połowie powieki górnej, nadto nie w okolicy brzegu oczodołowego chrząstki powiekowej, gdzie się znajdują zraziki gruczołów Krausego, lecz w obrębie załamka, który w wewnętrznej połowie wcale zrazików tych nie posiada. W przypadku Antonellego torbiel zajmował również nie zewnętrzną połowę, lecz środek powieki. O ile łatwo ulega zmianom kształt przybłonka, najlepiej przekonać się mogłem w jednym przypadku utworu torbielowego w spojówce gałkowej. (O utworach torbielowych w spojówce gałki ocznej. „Przegląd lekarski“, 1896). Torbiel ten powstał niezawodnie w skutek przesączania się pod spojówkę treści samej gałki; jednakże przybłonek, który stanowczo powstał z przybłonka rogówki, tylko na samej podstawie torbiela (stanowiła ją rogówka) przechował swe cechy pierwotne; w górnej zaś części swej wypukłości przypominał zupełnie przybłonek przewodów gruczołów Krausego.

Rombolatti w swoim przypadku wyprowadzał torbiel również z gruczołów Krausego, opierając się li tylko na charakterze przybłonka. Ginsberg mniemanie to uważa za uzasadnione i utrzymuje, że w przypadku tym miały miejsce zmiany spowodowane przez uraz, jakie zaś mianowicie, mogło to wykazać tylko dokładne zbadanie całej gałki, czego jednak autor nie dokonał. Co do mnie, cały opis Rombolattiego utwierdza mię raczej w przekonaniu, że w przypadku tym mieliśmy utwór torbielowy, powstały w skutek przesączania z wnętrza gałki pod spojówkę, podobny może do mego przypadku, o którym przed chwilą wspomniałem, a w którym znalazłem w górnej części utworu przybłonek zupełnie podobny do przybłonka przewodów gruczołu Krausego. Z ogłoszonych dotąd przypadków torbieli spojówki pochodzenie z gruczołów Krausego przyznać możemy tylko w pierwszym przypadku Stoewera, i to bez żadnej wątpliwości. Ginsberg utrzymuje, że mogło to mieć miejsce również w przypadku Makrockiego; na to wszakże zgodzić się nie mogę, ponieważ torbiel znajdował się w wewnętrznej połowie powieki, zatem w okolicy, w której gruczoły Krausego znajdują się w istocie samej chrząstki powieki, nie zaś w załamku przejściowym. Bardzo liczne, chociaż drobnowidowe tylko utwory torbielowe, powstałe z przewodów gruczołów Krausego, znalazłem w opisanym przezemnie przypadku gruczolaka gruczołów Krausego („Przegląd lekarski“ 1895, Nr. 15).

Z wyników prac Vossiusa i Ginsberga, jako też z badania drobnowidowego własnych tu przytoczonych moich spostrzeżeń, możemy wytłómaczyć powstawanie torbieli zarówno w obrębie spojówki i powiek, jakoteż załamków, w inny zupełnie sposób. Już w prawidłowej spojówce znajdujemy zagłębienia przybłonka, znane pod nazwą gruczołów Henlego. Przy jaglicy zagłębienia te wyglądają jako cewkowe gruczoły, o tyle rozwinięte, że Berlin (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1878) i Iwanow (Sitzungsbericht der ophthalm. Gesellschaft zu Heidelberg 1878) chcieli w nich dopatrywać utworów, znamionujących jaglicę. Wszakże Jacobson (Arch. f. Ophthalm XXV, 2) znalazł te same utwory przy toczniu i gruźlicy spojówki, Raehlmann zaś (Arch. für Ophthalm. XXVIII, 3) wytłómaczył powstawanie gruczołów jaglicowych w ten sposób, że, po pęknięciu pęcherzyka jaglicowego, komórki przybłonkowe wrastają ku wewnątrz w postaci wyrostków początkowo stałych, następnie zaś powstają w nich przewody. Ginsberg spostrzegał „gruczoły jaglicowe“ w przewlekłem zapaleniu spojówki (Deutsche medic. Wochenschrift 1896 Nr. 27), sam zresztą Berlin nawet tylko w przewlekłem przekrwieniu spojówki. Dawniej już wspomniałem, że w obrębie skrzydlika również napotykamy takie zagłębienia przybłonka, w niektórych zaś razach powstać z nich mogą bądź drobne, bądź też większe znacznie (mój przytoczony przypadek polipa w skrzydliku) przybłonkowe utwory torbielowe. Słabą stronę badań anatomicznych torbieli spojówki stanowi ta okoliczność, że jako całość, rzadko bardzo ulegały one badaniu, zwykle zaś poprzestawano na zbadaniu li tylko wyciętych drobnych cząstek. Wszelako wyniki badań Vossiusa, Ginsberga i moich dwóch przypadków, bądź co bądź upoważniają do wniosku, że utwory torbielowe, w obrębie spojówki powiek i załamków, mogą powstać wskutek stopniowego rozrostu nieznacznych może początkowo zagłębień przybłonka spojówki. Zagłębienia te, napotykane już w stanie prawidłowym, są o wiele więcej rozwinięte w zmianach chorobowych. Łatwo przypuścić, że mogą one być również wrodzone, i że jako takie powstają w wyżej opisany sposób. Uważałbym tedy za rzecz słuszną zaliczyć do tego rodzaju torbiele w obu moich przypadkach.

V. Oceny i sprawozdania.

Carl Rosenthal (Berlin): **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachmeraumes. Ein kurzgefastes Lehrbuch für Aerzte und Studirende.** (Nakład Augusta Hirschwalda, Berlin 1897. Drugie powiększone i polepszone wydanie).

Z całkowitego zaszczytnie znanego dzieła Rosenthala: „Die Erkrankungen der Nase und des Kehlkopfes“, wyszła dopiero część pierwsza, obejmująca choroby nosa i jam pobocznych, w drugiem poprawionem wydaniu.

Autor zaznacza na wstępie doniosłość fizyologicznego znaczenia nosa, wskazuje na wpływ, jaki wywierają zboczenia w nosie na cały ustrój i na pojedyńcze składowe jego części, z czego jasno wynika pożyteczność poznania tej gałęzi medycyny dla ogółu lekarzy praktycznych

Główna treść tego dzieła dzieli się na choroby: 1) nosa, 2) jam pobocznych (Highmora, czołowej, sitowej i klinowej), i 3) jamy nosowo-gardłowej. Każdą z tych części poprzedza opis anatomiczny i sposoby badania. Choroby nosa mają

następujące poddziały: 1) choroby zapalne błony śluzowej, 2) choroby skórne, 3) choroby ustrojowe (konstytucyjne), 4) zniekształtnienia, 5) złamanie kości nosowej, 6) nowotwory, 7) ciała obce, stężyny (Concretiones) itp., 8) krwotok nosowy, 9) zaburzenia nerwowe w okresie nn. węchowego i troistego, 10) nerwice zwrotne. Słusznie podnosi autor z naciskiem znaczenie sapki ostrej noworodków i poświęca temu cierpieniu ze względu na jego dotkliwe objawy i często ciężki przebieg osobne szczegółowe omówienie. Przy chorobach poszczególnych wskazuje autor na ich związek z innemi zmianami w ustroju. Omawiając choroby ogólne, w przebiegu których pewna rola przypada chorobom nosa, uwzględnia szczególnie grypę z wszystkiemi jej powikłaniami. —

Życzyćby należało, żeby w przyszłych wydaniach rozpoznanie różniczkowe było więcej uwzględnione, żeby n. p. wytyczne rozpoznania różniczkowego między kiłą, gruźlicą, wilkiem, nosacizną itp., niemniej, co do umiejscowienia ropienia w zakresie nosa, pochodzącego z różnych jam pobocznych pożądane byłyby ślislejsze określenia i gruntowniejsze omówienia.

Między nerwicami zwrotnemi wylicza autor dychawicę i kaszel nosowy, sapkę nerwową, gorączkę sienną, nieżyt jesienny i t. zw. czerwony nos, podczas gdy inne, jak krztusiec, skurcz głośni, pląsawicę, bicie serca i inne są mniej więcej tylko pobieżnie wzmiankowane.

Obrazy chorobowe, skreślone jasno i przejrzyście tu i owdzie objaśnione krótkiemi historyami chorób, uzupełnione są uwagami leczniczemi, obfitującemi w trafne wskazówki praktyczne, przyczem uwzględnione zostały najnowsze zdobycze nauki na tem polu. Do rzeczy nowych, o których w pierwszem wydaniu żadnej nie było wzmianki, należy zaliczyć: badania bakteryologiczne Abla, odnoszące się do drobnoustrojów wrzodu w nosie (Ozaena), znane czytelnikom „Przegl. lek.“ z pracy Doc. Dr. Baurowicza; dalej stósowanie prądu elektrycznego w odmrożeniu nosa, wstrzykiwanie arszeniku w twardzieli nosa, i pyoktaniny w mięsaku; oprócz tego jest mowa o nerwicach następowych po zabiegach leczniczych w nosie, o nagromadzeniu kw. moczowego we krwi, jako przyczynie gorączki siennej, o gruźlicy jamy nosowo-gardłowej, o leczeniu wrzodu w nosie (Ozaena) drogą elektro-chemiczną itd.

Mając ciągle przed oczyma potrzeby uczniów i lekarzy praktycznych, dla których dzieło to jest przeznaczone, nie zagłębiał się autor w rozumowania teoretyczne. Symptomatologia, etyologia i leczenie wszystkich omówionych chorób, są skreślone zwięźle i jasno. Brakiem jednak, zdaje się nam zupełne pominięcie chorób mięśni gardła, względnie gardłowo-trąbkowych, oraz objawów i zboczeń czynnościowych wywołanych przez nie. Zresztą praca przeprowadzona jest z gruntowną znajomością rzeczy i zdradza w autorze doświadczonego lekarza praktyka. Treść została systematycznie ułożona tak, że z łatwością można w każdej rzeczy zoryentować się, do czego przyczynia się nie mało dołączony na końcu alfabetyczny spis przedmiotów zawartych w treści. Styl, mimo zwięzłości, jest jasny, prosty i przystępny, kształt zewnętrzny wydania wytworny. Wielką zaletą tego dzieła jest to, że obok doborowej treści, posiada ono małą objętość i umiarkowaną cenę, co niewątpliwie przyczyni się do rozszerzenia jego między lekarzami. Nie wątpimy też, że nowe to wydanie, jako podręczny poradnik dla uczniów i lekarzy, zjedna sobie między nimi zastęp stałych czytelników i przyjaciół i że nie będzie ostatnim.

Spira.

VI. Wyciągi.

Prof. Dr. T. Jonnesco: **O wycięciu śledziony.** (*Archiv. Langenbecka* 55 Tom, zesz. II). Autor podaje ośm przypadków wycięcia śledziony, wykonanych przez siebie: w 7 z powodu jej obrzęku zimniczego, w 1 z powodu torbiela. Niepomyślnie zakończył się tylko jeden i to w skutek zapalenia otrzewnej, powstałego w VI dniu po operacyi. Opierając się na tak pomyślnych wynikach i omówiwszy szczegółowo technikę operacyjną, podaje autor, jako wskazania do podjęcia zabiegu, poczynającą się cherę w tych przypadkach, w których leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, jakoteż przypadłości podmiotowe chorego, wywoływane obecnością guza, a nawet radzi wykonywanie wycięcia śledziony, jako operacyi zapobiegawczej, nawet w razie braku chery. Między przeciwskazaniami pierwsze miejsce zajmuje, według autora, białaczka (leucaemia)

A. G.

Prof. Dr. A. Eiselsberg: **O leczeniu znaczniejszych ubytków kości goleniowej za pomocą uszypułowanych płatów skórno-okostno-kostnych.** (*Archiv. Langenbecka* 55 Tom, zesz. II). Autor podaje sposób pokrywania plastycznego ubytków kości goleniowej za pomocą uszypułowanych płatów skórno-okostno-kostnych wyciętych z tejże samej kości, który to sposób zastósował w 2 przypadkach z wynikiem pomyślnym. W przypadku pierwszym, w którym wyciął z powodu mięsaka kostnego dolną część kości goleniowej długą na 12 ctm., wraz z kostką wewnętrzną, pokrył powstały ubytek w ten sposób, że z górnej zdrowej części kości wykroił płat skórno-kostny długości 14 ctm., szerokości 4 ctm, podstawą zwrócony ku ubytkowi tak, że na przestrzeni, odpowiadającej rozmiarom płatu, otworzył jamę szpikową kości, a okręciwszy płat 0180°, przyszył go dokładnie do okrwawionej górnej płaszczyzny kości skokowej. Już w miesiąc po operacyi chory chodził, z czasem przeszczepiony płat zgrubiał na tyle, że chory chodząc bez protezy, mógł spełniać obowiązki posługacza oddziałowego. W drugim przypadku złamania powikłanego kości goleniowej pokrył autor jej ubytek, wynoszący z przodu 8 ctm, a z tyłu 2 ctm w ten sam sposób. Jako szczególniejszą zaletę swej metody podnosi E. tę okoliczność, że płat przeszczepiony, w miarę używania kończyny grubieje. *A. G.*

C. Meyer: **O wpływie surowicy przeciwbłoniczej na przebieg kliniczny błonicy.** (*Deutsches Archiv f. kl. M.* Tom 59). W klinice berneńskiej leczono surowicą przeciwbłoniczą w ciągu przeszło dwóch lat 147 chorych, — a mianowicie wstrzykiwano każdemu choremu, u którego z wszelkiem prawdopodobieństwem można było klinicznie stwierdzić błonicę 1000 jednostek surowicy. Jeżeli gorączka następnego dnia nie spadała, a błony nie zmniejszały się, lub gdy objawy zwężenia krtani stale się utrzymywały, powtarzano wstrzykiwanie, a wyjątkowo tylko w dwóch przypadkach ponowiono wstrzyknięcie po raz trzeci; w ostatnim jednak roku poprzestawano zwykle na jednem wstrzyknięciu.

Wyniki leczenia wykazują niezbicie korzystny wpływ surowicy: Śmiertelność spadła z 33·3% na 13·1%; lekkie przypadki choroby nigdy nie przechodziły w postacie cięższe, a wyjątkowo tylko, w późniejszym przebiegu, dołączały się objawy ze strony krtani. Liczba chorych, u których musiano wykonać tracheotomię, spadła z 59·5% na 30·3%, a śmiertelność operowanych z 49·7% na 38·8%. Podmiotowo, wkrótce po wstrzyknięciu, doznawali chorzy ulgi. Komplikacye ze strony płuc przydarzały się rzadziej i przebiegały korzystniej, zapalenie zaś nerek nigdy nie nastąpiło. Błony w przypadkach, pomyślnie się kończących, znikały prawie stale w jednym czasie, licząc od dnia wstrzyknięcia i niezależnie, czy wstrzykiwano we wcześniejszym, czy późniejszym okresie choroby, co szczególniej udowadnia korzystny wpływ surowicy. Jeśli ilość wstrzykiwań nie była zbyt wielka, nie zauważono nigdy działania ubocznego, połączonego z niebezpieczeństwem.

Śmiertelność dotyczyła głównie tych chorych, których poddano leczeniu surowiczemu już wśród objawów ciężkiego zapalenia płuc, posocznicy, zapadu itd., wobec czego doradza autor wstrzykiwać 1000 jednostek surowicy w przypadkach, choćby tylko podejrzanych. U dzieci, okazujących idio-

synkrazyę do surowicy (exanthema etc.), należy wstrzykiwań zaprzestać. *Dr. Kędzior.*

Dr. Villaret: **Statystyka seroterapii.** *(Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich* 18 rocznik). Praca ta zawiera zestawienie przyczyn śmierci w miastach państwa Niemieckiego, z liczbą mieszkańców 1500 i wyżej. Przegląd ten sięga aż po rok 1895, w którym po raz pierwszy surowica szersze znalazła zastosowanie.

W 10 latach 18$^{85}_{94}$ umarło w tych miastach wskutek błonicy i dławca 119.038 osób, a więc przeciętnie w jednym roku 11,904 (z *maximum* 15,860 w roku 1893 i *minimum* 9.934 w 1888 roku). W roku 1895 umarło wskutek błonicy i dławca 7.266 osób. Obliczywszy na 10,000 mieszkańców, wypada przeciętna z lat 1885/94 w jednym roku 10·69 (przy *minimum* 9·65 *maximum* 12·44), natomiast w r. 1895 5·40. A więc śmiertelność błonicy i dławca w roku 1895 w stosunku do przeciętnej z lat 1885/94 zmniejszyła się o 49·48%. Podczas gdy w latach 1885/94 przeciętnie ze 100 zmarłych w jednym roku umierało wskutek błonicy i dławca 4·53, to w r. 1895 ze 100 zmarłych umarło tylko 2·53, czyli, że śmiertelność obniżyła się o 44·15%. Porównując rok 1895 z przeciętną lat 1885/94 widać, że w roku 1895 śmiertelność wskutek błonicy i dławca znacznie się obniżyła, a nadto trzeba dodać, że tak nizkiej śmiertelności jeszcze nigdy dotychczas nie spostrzegano. Autor wyraża przekonanie, że takie obniżenie śmiertelności nie jest wcale przypadkowem, lecz jest wynikiem stosowania surowicy z pomyślnym skutkiem; a porównanie powyższych liczb jest prawdopodobieństwem, graniczącem z pewnością, że postępując tą drogą, jaką wytknął Behring (i Roux — przyp. sprawozdawcy), będziemy mogli w przyszłości opanowywać z pomyślnym skutkiem i inne choroby zakaźne. *(Deutsche medizinische Wochenschrift* 1898 Nr. 2. *Dr. Batko.*

Dr. St. Růžička: **Doświadczenia nad zdolnością wessawczą tkanki ziarninowej (granulacyjnej).** *(Wiener medic. Presse* Nr. I. 1898). Na podstawie doświadczeń, wykonywanych na świnkach morskich w ten sposób, że posypując różne trucizny tym zwierzętom, jak strychninę, rozczyn kurary i sinek potasowy na sztucznie wytworzone powierzchnie ziarninowe (granulacyjne), lub świeże powierzchnie ran, przyszedł autor do wniosku, że tkanka ziarninowa nie posiada wcale żadnej zdolności wessawczej, albo, — co najwyżej, — bardzo nieznaczną; podczas gdy przeciwnie na świeżej powierzchni ran wszystkie wspomniane trucizny zostają szybko wessane.

Wyniki tym sposobem uzyskane poparł autor doświadczeniem chemicznem: wstrzyknawszy dwom świnkom morskim, — jednej ze świeżą, drugiej z ziarninującą powierzchnią rany — podskórnie 10³ cm. wodnego 5% rozczynu żelasinku potasu; polewał stale obie rany 2‰ rozczynem chlorku żelaza. Wytworzoną po upływie 1½ godziny na obydwu ranach smugę błękitu berlińskiego, powstałą drogą połączenia się obu wymienionych soli, badał drobnowidowo i przekonał się, że smuga ta znajdowała się u zwierzęcia z raną świeżą, na granicy między tkanką łączną podskórną a mięśniami; przeciwnie zaś, u zwierzęcia z powierzchnią ziarninową smuga ta leżała całkiem powierzchownie, co dowodzi zupełnego braku zdolności wessawczej tkanki ziarninowej.

Z powierzchni tej tkanki wtedy tylko może nastąpić wessanie, jeżeli znajdują się luki w samej tkance ziarninującej, albo też z jakiejkolwiek przyczyny w jednem miejscu się nie wytworzyła. *W. R.*

Dr. Hermes: **Przyczynek do nauki o przepuklinach pęcherzowych.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45.) Rozpoznanie pęcherza w treści worka przepuklinowego jest możliwe przed operacyą, gdyż przepuklinom tym towarzyszą zaburzenia w oddawaniu moczu. Zwiększają się one przy napełnieniu pęcherza, a związek ich z pęcherzem da się wykazać cewnikiem. Przepukliny te z reguły nie dadzą się odprowadzić. Rozpoznanie przepuklin pęcherzowych podczas zabiegu operacyjnego jest łatwiejsze, a ułatwia je stałe pojawianie się charakterystycznych utworów tłuszczowych, ułożenie po wewnętrznej stronie kanału pęcherzowego i ścisły zrost z workiem przepuklinowym. Gdy w tych dwóch okresach rozpozna się jakość treści, zawartej w przepuklinie, to mamy dla zabiegów operacyjnych wskazania jasne. Gdy wskutek nierozpoznania zrani się ściany pęcherza, to należy je zaszyć i wstrzymać się od zabiegu radykalnego; a gdy i podczas operacyi nie rozpozna się zranienia pęcherza, który się pozostawi w stanie niezaszytym, to należy albo założyć następny szew na pęcherz, albo wyczekiwać wytworzenia przetoki, która stale dobrze się sama goi. *St. D.*

A. Hegar: **Gruźlica trąbek i otrzewnej miednicy.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 45. r. 1897.) Cierpienia powyższe mogą wprawdzie, zdaniem autora, występować oddzielnie, zazwyczaj jednak występują obok siebie. Prątki gruźlicze mogą się dostać do trąbek najczęściej z jamy brzusznej, jeżeli narzady, jako to: otrzewna, jelita lub gruczoły krezkowe okazywały poprzednio zmiany gruźlicze. Rzadszem jest zakażenie z zewnątrz, np. przez cząstki kału, które u osób, dotkniętych gruźlicą jelit, łatwo do pochwy przystęp znaleść mogą; dalej palce osób, badających przez pochwę, jak n. p. lekarzy i położnych, mogą również być przenośnikami gruźlicy. Zaszczepienie zaś gruźlicy przy spółkowaniu, przez nasienie, zawierające prątki, uważa autor za mniej prawdopodobne. Trąbka, zmieniona gruźliczo, przedstawia się podobnie jak przy sprawach zapalnych, jest zgrubiała, kiełbasowatą, o powierzchni guzowatej lub gładkiej i zazwyczaj opuszcza się ku tyłowi do jamy Douglasa, gdzie zostaje ustaloną, za pomocą zrostów, do tylnej ściany macicy, dna jamy Douglasa lub odbytnicy. Ważną jest ta okoliczność, że podczas gdy w innych postaciach zapalenia trąbki, część trąbki, granicząca z macicą, jest prawidłowa, przy gruźlicy właśnie w tej części, jakoteż w sąsiednich częściach ściany macicznej, występują znaczne zmiany gruźlicze, wywołujące zgrubienie trąbki w tem miejscu. Zmiany te jednak, przy badaniu klinicznem, trudno jest stwierdzić. Natomiast jeżeli wybadamy na tylnej ścianie macicy i w jamie Douglasa wielką ilość twardych guzków, wielkości prosa lub grochu, wtedy jesteśmy w prawie rozpoznać gruźlicę otrzewnej. Czy równocześnie wewnętrzna ściana macicy jest gruźlicą zajęta, o tem trudno się przekonać, gdyż badanie drobnowidowe skrobanki rzadko w tych przypadkach daje wynik dodatni. Ułatwić rozpoznanie może badanie stanu ogólnego i poszczególnych narządów chorej, przedewszystkiem płuc.

Gruźlica otrzewnej posiada, zdaniem autora, w wielu przypadkach skłonność do samoistnego wyleczenia, w zadawnionych zaś postaciach, które chorym nie sprawiają wielkich dolegliwości, radzi autor poprzestać na leczeniu przypadowem. Zabieg operacyjny doradza w świeżych przypadkach zapalnych, w których leczenie zachowawcze zawodzić zwykło. Usunięcie trąbek gruźliczo zmienionych należy uskuteczniać nie przez pochwę, lecz *per laparotomiam*, ponieważ po otwarciu jamy brzusznej ma się lepszy przegląd i łatwiejszy dostęp, skutkiem czego usunąć można dokładniej wszystkie tkanki zmienione, a powtóre można operować oględniej, unikając uszkodzenia narządów gruźliczo zmienionych i wydostania się tym sposobem cząstek, zawierających prątki gruźlicze, przez co łatwo mogło by nastąpić zakażenie otoczenia. *Piotrowski.*

Falk. **Leczenie elektrycznością tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy.** *(Centralblatt für Gynäkologie* 1897. Nr. 21). Odkąd Schultze wykazał przyczynę tyłozgięcia macicy przedewszystkiem w zwolnieniu więzadeł krzyżowo macicznych, w których przebiegają włókna mięśni gładkich, t. zw. *musculi retractores uteri*, zwrócono całe leczenie w kierunku wzmocnienia owych mięśni, używając do tego celu, między innymi środkami, także elektryczności. By leczenie odniosło skutek, należy macicę z początku, póki owe więzadła nie wrócą do stanu pierwotnego, utrzymywać w prawidłowem położeniu za pomocą ósemkowego krążka Schultzego, który,

w przeciwieństwie do innych krażków, nie rozciąga tylnego sklepienia i nie ugniata więzadeł krzyżowo-macicznych. Leczenie, które autor stosuje i innym zaleca stosować, polega na faradyzowaniu więzadeł krzyżowo-macicznych. Jedną elektrodę płaską układa F. na krzyżach, drugą, gałkową, o średnicy 1 ctm., w tylne sklepienie, po odprowadzeniu macicy, albo na drugiem już posiedzeniu wprowadza ją do odbytnicy na wysokość przyczepu więzadeł krzyżowo-macicznych. Prąd nie powinien dochodzić do tego nasilenia, by aż ból sprawiać. W czasie między posiedzeniami chora nosi krążek ósemkowy. *W. W.*

Dr. Georg Marwedel. **Kliniczne spostrzeżenia nad wartością guzika Murphyego** (*Archiv. Langenb.* T. 55. Zesz. II.) Autor, na podstawie wyników 55 zestawionych w swej pracy operacyj, dokonanych na trzewach brzusznych za pomoca guzika Murphyego, przemawia na korzyść tej metody, podnosząc, jako główną jej zaletę, znaczny zysk na czasie i ułatwienie techniki operacyjnej. Z 3 przypadków połączenia jelit grubych z cienkimi, które zakończyły się niepomyślnie, autor wyciąga wniosek, że w zakresie jelit grubych, należy przyznać pierwszeństwo szwowi jelitowemu, a to przedewszystkiem z powodu zbitości kału w nich przesuwającego się, który zatkać może zupełnie światło guzika. Omawiając technikę operacyjną, kładzie autor nacisk na konieczność dostatecznie silnego zaciśnięcia obu połów guzika, gdyż w przeciwnym razie ściany jelit, wgłobione w guzik, nie ulegają równoczesnej okrężnej nekrozie, a wskutek tego, po odjęciu guzika, w powstałym otworze, tworzy się rodzaj klapy, ścieśniającej jego światło. *A. G.*

Dr. Elze. **Metoda leczenia rzeżączkowego nieżytu spojówki noworodków, zalecająca się przez swe pomyślne wyniki**. (*Medicinisch-chirurgisches Centralblatt* Nr. 46. r. 1897.) W rzeżączkowym nieżycie spojówek noworodków stosuje autor równocześnie roztwór azotanu srebrowego 1—2% i 5% maść ichtyolową i jest zdania, że oba te środki złączone posiadają silniejsze działanie lecznicze niż każdy z nich z osobna wzięty. Raz lub dwa razy dziennie pędzluje spojówkę (po odwinięciu powiek i oczyszczeniu oka z wydzieliny ropnej) jedno, a w cięższych przypadkach, dwu procentowym roztworem azotanu srebrowego, poczem wprowadza do załamka spojówkowego maść ichtyolową 5%, za pomocą szklanego pręcika. Co dwie godziny radzi przemywać oko roztworem sublimatu 1:4000. Przy takiem postępowaniu, w przypadkach leczonych przez autora, wydzielina ropna zmniejszała się nader szybko, i przeciętnie po 3—4 dniach, następowało według autora wyzdrowienie. Jednak autor przyznaje, że w dwóch przypadkach nastąpił nawrót choroby. *Piotrowski*

Dr. Kern. **O otwartym uchyłku Meckela**. (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 19. str. 353). U dziecka, liczącego 1/2 roku, stwierdzono w bliźnie pępkowej guzek wielkości orzecha laskowego, pokryty błoną śluzową, z otworem na szczycie, przez który zgłębnik przechodzi na 5—8 ctm. Podczas płaczu guz się napinał. Rozpoznano wynicowanie otwartego uchyłku Meckela. Narazie przypalano błonę śluzową żegadłem Pacquelina i znów, w 1/2 r. później, stwierdzono, że cały „prolapsus“ ustąpił, drożność jednak pozostała. Wtedy prof. Kraske przystąpił do otwarcia jamy brzusznej. Uchyłek przy jelicie podwiązał, odciął, kikut wpuklił do światła jelita i ponad „inwaginatem“ założył szew Lemberta. Podobnie postąpił z drugim końcem. Dziecko wyzdrowiało. *Herman.*

Prof. Dr. J. Schreiber. **O „phytobezoarze“ w żołądku kobiety i jego rozpoznaniu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chirurg.* T. I. str. 729).

Prof. M. W. af Schultén. **O guzach z włosów w żołądku etc** (*Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chirurg.* T. II. str. 289). „Phytobezoary i „pilo-v.-trichobezoary“ tj. guzy wolne, powstałe z części roślinnych lub włosów w żołądku zwierząt, nawet cieląt nieurodzonych, nie należą wcale do rzadkości. Natomiast u ludzi zdarzają się bardzo rzadko i tem rzadziej, że rozpoznanie ich natrafia na niepokonalne trudności. Wedle zestawienia af Schulténa (2) operowano dotychczas 7 ludzi z powodu w mowie będącego cierpienia; 9 razy zaś znaleziono „bezoary“ dopiero na stole sekcyjnym, i we wszystkich dziewięciu bezoar był przyczyną śmierci. „Pilobezoary“ spotyka się nierównie częściej, aniżeli „phytobezoary“. We wszystkich 7 przypadkach, zestawionych przez af Schulténa, guzy były złożone z włosów, a tylko u chorej Schreibera, guz był złożony z włókien roślinnych. Materyałem do powstania „bezoaru“ bywają połykane włosy ludzkie lub zwierzęce, lub też włókna roślinne. Tkanki te gromadzą się w żołądku, zbijają w grudki, najpierw kuliste, potem przyjmujące kształt żołądka i mogą dochodzić do kolosalnych rozmiarów Najmniejszy ważył 120 grm., największy 1900 grm Pozostając w żołądku, sprawiają różne dolegliwości: ból, niestrawność, uporczywe wymioty etc. Zwykle jednak guz, wyczuty w brzuchu przez same chore (najczęściej bowiem chodzi o kobiety), sprowadza je do lekarza. Rozpoznanie b. trudne, gdyż nic łatwiejszego, jak taki guz ruchomy, twardy, czasem o nierównej powierzchni, wziąść za nowotwór żołądka lub jelit, albo za ruchomą śledzionę, względnie nerkę, lub wreszcie rozpoznawać grudę kałową. Tak też z reguły brzmiało rozpoznanie przed operacyą. Tylko Schreiberowi (1) udało się przed operacyą uczynić rzeczywiste rozpoznanie, przez wykluczenie wszelkich innych a podobnych spraw chorobowych.

Ciało takie, pozostawione w żołądku, nie może być obojętnem. Uciska bowiem ono na ściany żołądka i może sprowadzić ich przedziurawienie. Dlatego trzeba operować i, przez nacięcie żołądka, wydalić je.

Chora Schreibera (1) liczyła 45 lat; oddawna doznając przypadłości żołądkowych, używała przeciw nim żywokostu (Scorzonera hispanica). Włókna tej rośliny stanowiły „phytobezoar“, wydobyty przez gastrotomię, dokonaną przez Eiselsberga. Wyzdrowiała.

30-letnia chora, af Schulténa, cierpiała od roku z powodu silnych bólów w okolicy pępka. Od dawna trudniła się przędzeniem nici ze szerści krowiej. Prawdopodobnie śliniąc palce, nieświadomie zlizywała z nich pojedyńcze włosy i połykała. S. rozpoznawał nerkę ruchomą prawą. Poprowadził odpowiednie cięcie lędźwiowe i dopiero podczas operacyi przekonał się, że ma do czynienia z „bezoarem“, usadowionym w uchyłku tylnej ściany żołądka w pobliżu odźwiernika. Chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidowe wykazało, że guz składał się z szerści krowiej. *Herman.*

Dr. R. Steizlin: **O leczeniu chirurgicznem śledziony wędrującej.** (*D. Z. f. Ch.* T. 45), Autor podając przypadek wycięcia śledziony wędrującej, znacznie obrzękłej z powodu zakażenia zimniczego, zastanawia się w ogóle nad sposobami leczenia śledziony wędrującej i wysnuwa wniosek, że w razie nieznacznego przerostu należy użyć przyszycia śledziony i to najlepiej sposobem, podanym przez Rydygiera; na drugiem miejscu stawia sposób Bardenheuera; gdy przerost przekracza dwa lub trzy razy rozmiary śledziony prawidłowej, natenczas, zdaniem autora, należy wykonać wycięcie, wyłączając naturalnie schorzenie śledziony białaczkowe, przyczem nie należy obawiać się złych skutków dla ustroju. *St. D.*

Dr. Krüger: **Zapalenie wyrostka robaczkowego i jego stosunek do narządu płciowego u kobiet.** (*D. Z f. Ch.* T. 45). Przyjmując podział zapalenia wyrostka robaczkowego według Sonnenburga na zapalenie proste, dziurawiące i zgorzelinowe porównuje autor pod względem rozpoznawczym schorzenie, wychodzące z płciowego narządu kobiecego, przebiegające z podobnymi objawami i przychodzi do wniosku, że zwykle odróżnienie podobnych schorzeń, co do ich miejsca pierwotnego usadowienia, jest możliwe, o ile w rzeczywistości jednocześnie nie ulega zmianom jajnik i wyrostek robaczkowy; a schorzenie równoczesne obu tych narządów jest często możliwe, gdyż istnieje *ligamentum appendico ovaricum*, będące drogą dla zarazków, w ten sposób przenoszących się z jednego organu na drugi. *St. D.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 26 stycznia 1898.

Obecnych członków 32. Przewodniczący kol. prof. Jakubowski.

Rozpoczynając nowy rok, nowoobrany prezes, kol. prof. Jakubowski, wita krótkiem przemówieniem zebranych członków, przyczem wypowiada nadzieję, iż Towarzystwo i nadal podążać będzie drogą dotychczasowego rozwoju, przez co wypełni swój statutem naznaczony cel.

Kol. prof. Obaliński przedstawił przyrząd Bottiniego, zmodyfikowany przez Freudenberga, służący do leczenia przerostu gruczołu krokowego. Przeszedłszy pokrótce dotychczasowe sposoby leczenia, jak: stałe kateteryzowanie, trzebienie i t. d., objaśnił prelegent nowo obmyślany przyrząd, którego budowa zupełnie jest analogiczną do budowy litotryptora, różniąc się jedynie od niego tem, że wązka jego część jest zakończona nożem z platyniridium i połączona z bateryą elektryczną, wzgl. akumulatorem. Dla uniknięcia zbytecznego rozgrzewania się instrumentu podczas użycia dodany jest przyrząd chłodzący.

Sposób użycia bardzo prosty. Po wprowadzeniu nastawiamy instrument na odpowiedni powiększony płat gruczołu i, kręcąc śrubą, nakrawamy od tyłu ku przodowi. Woda przepływająca przez część chłodzącą obniża ciągle ciepłotę rozgrzewającego się instrumentu. Operuje się bez uśpienia, wystarczy przed operacyą wstrzyknąć do cewki 5% roczyn kokainy.

Kol. prof. Mars wypowiedział odczyt: O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach położniczych.

(Wykład przeznaczony do druku w „Przeglądzie lekarskim“.

Dr. Górski.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Jeszcze w sprawie lekarzy okręgowych.

W numerze 3 i 4 „Przeglądu lekarskiego“ Dr. Merunowicz pomieścił artykuł, potępiający zapatrywania moje na wartość instytucyi lekarzy okręgowych i zaczął od zbijania podanych przezemnie dat.

Pozwólcie więc usprawiedliwić się z zarzutów,

Cyfrę 80 tys. zmarłych na zakaźne choroby w Galicyi wziąłem ze sprawozdania c. k. Rady zdrowia, skąd i Dr. Merunowicz brał swoje daty; dodałem jednak do liczby 58.852 zmarłych na zakaźne choroby (spr. 1894 str. 16) jeszcze 24.325 zmarłych na gruźlicę, która to liczba nie wiedzieć dla czego stoi osobno.

Zresztą czyż to ma tak wielkie znaczenie w sprawie przezemnie poruszonej? My, lekarze, wiemy bardzo dobrze, czego w ogóle są warte te wykazy, których dla ułożenia statystyki państwowej dostarczają władzom oglądacze zwłok, często zaledwo czytać i pisać umiejący, a obowiązani do oznaczenia rozpoznania choroby zmarłego już po śmierci, czego nawet lekarz, nie zrobiwszy sekcyi, nie może wykonać. Wszakże poseł Czyżewicz, który taką świetną mową obronił projekt rządowy przed Sejmem, dla poparcia potrzeby instytucyi lekarzy okręgowych użył tegoż dowodu:

„Galicya traci rocznie 3½% ludności, to jest zwyż 200.000: to znaczy, że pod względem śmiertelności stoimy razem z Bukowiną, na ostatniem w Monarchii miejscu, z tego umiera 30%, t. j. 60 tys., na choroby zakaźne, a oprócz tego 22 tys. na gruźlicę“.

Nie dobrze jest podsuwać myśli, jakich piszący nie miał. W moim artykule stoi że „okręgi zaczęły się tworzyć stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich“, a ponieważ każdy lekarz, według mego rachunku, kosztuje 900 złr. (bo są tacy co mają zwyż 1000 złr.), a jest okręgów 98, więc wszyscy lekarze będą kosztować kraj około 100.000 rocznie.

Dr. Merunowicz powiada, że to jest tylko piąta część tego co potrzeba dla naszego kraju; ma więc być kreowano w ogóle 490 okręgów, aby poprawić smutne stosunki sanitarne w kraju. Przypuszczając więc, że twierdzenie Dra Merunowicza, co do wysokości płacy, nie jest mylne, przed ubogim naszym krajem stoi perspektywa wydatku $480 \times 800 = 392$ tysiące rocznie na samą płacę lekarzy okręgowych.

Od lat dwudziestu pięciu objeżdżam całą Galicyę i znam nieźle stosunki, panujące w miastach i miasteczkach, z własnych spostrzeżeń, z opowiadań kolegów wolno praktykujących i lekarzy rządowych, a także od mnóstwa światłych i poważnych ludzi. Dlatego też śmiem twierdzić, że stosunki lekarza gminnego do burmistrza małomiasteczkowego są czasami takiego rodzaju, że biedny kolega nasz, lekarz gminny, ma krzyż pański do zniesienia, a musi znieść, bo takie są obecnie smutne stosunki, że nawet 500 złr. płacy dla człowieka, który ciężką pracą wieloletnią dobił się dyplomu lekarskiego, uważa się za dostateczną płacę!

Dziwi mnie zarzut Dra Merunowicza, iż chciałem w błąd wprowadzić czytającego, mówiąc o mnogości obowiązków lekarza okręgowego. Wypisałem litanię tych spraw tylko dla przeciwstawienia obowiązków z tą płacą i z temi prawami, które on posiada, bo co do tych ostatnich — niema prawie żadnych.

Dr. Merunowicz mówi iż „to jest jasnem, że ustawa chce mieć w instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych przedewszystkiem organa dla leczenia chorych“. Przepraszam bardzo, ale obowiązek leczenia niknie wobec kilkudziesięciu innych obowiązków policyjno-sanitarnych, z leczeniem ubogich nic nie mających wspólnego.

Nie jestem przeciwnikiem organizacyi służby zdrowia w gminach, za jakiego chce mnie uważać Dr. Merunowicz, lecz mam przekonanie, że ta nowa troska rządu o zdrowie publiczne zbyt drogo kosztuje kraj, na który cały ciężar składa, a z drugiej strony, że te dobre chęci rządu zaprowadziły go na manowce, na których nic nie wyrośnie dobrego dla kraju! Różnica między rządowym a autonomicznym urzędnikiem jest ta, że pierwszy nie liczy się z zasobami kraju, a drugi ma je zawsze na oku.

Zdania Dra Merunowicza, że żyjemy w tych czasach „kiedy każdy opłacający podatek ma prawo wglądać w czynności funkcyonaryuszów publicznych, byle ta kontrola była rzeczowa, nie uciążliwa i nie ubliżająca“, podzielić nie mogę, bo w coby się obróciła cała administracya, gdyby każdy płacący podatek chciał zaglądać naprzykład, w czynności funkcyonaryuszów c. k. Namiestnictwa, lub Wydziału krajowego? Jestem przekonany, że każda instytucya ma tyle własnych obowiązków do spełnienia, że mieszanie się do spraw, wchodzących w zakres działania innych, szkodę tylko przynosi, bo psuje pracę, przeszkadza, tamuje bieg naturalny, wyradza niezadowolenie i rozgoryczenie, a korzyści nie przynosi żadnej.

Dr. Merunowicz powiada: „że zgadza się ze mną, iż instytucya lekarzy okręgowych nie przyniosła spodziewanych korzyści, a w szczególności, że stosunek lekarza do chorych w jego okręgu nie jest takim, jakim być powinien“. Wszakże to samo zdanie przeprowadzam w całym artykule moim, przeciwko któremu tak ostro występuje Dr. Merunowicz. Zkąd więc pochodzi oburzenie jego? Jeżeli zgadzamy się obaj na to, że dotychczas instytucya ta nie przyniosła spodziewanych korzyści, to czy nie czas zatrzymać się na fałszywej drodze, i nie tworzyć coraz to nowych okręgów i coraz większych a niepraktycznych ciężarów nie wkładać na kraj tak niebogaty, jak nasz? Czy to nie będzie logiczniej?

I czyż Dr. Merunowicz sądzi, że wszystkie zarzuty, podniesione przezemnie, sam wymyśliłem? Zarzuty te wyno-

towałem z rocznych sprawozdań lekarzy okręgowych, które i Dr. Merunowicz zapewne czytał, czerpałem z pogadanek z lekarzami okręgowymi, z lekarzami rządowymi i z różnymi ludźmi światłymi i bez uprzedzenia patrzącymi na rozwój tej nowej instytucyi.

Zaledwo poruszyłem tę sprawę w „Przeglądzie lek.“, natychmiast odezwał się głos jednego z lekarzy okręgowych: „Krytyka sześcioletniej działalności lekarzy okręgowych przez Dra St. Sawickiego, jest zupełnie słuszną i prawdziwą. Lekarz okręgowy, wobec dualistycznego ustroju naszych władz i braku egzekutywy, stoi zupełnie bezsilny ze swymi zamiarami i planami poprawy stosunków sanitarnych powierzonego sobie okręgu. Ustawy krajowe jak i rządowe mają ogromne wady i słusznym jest wniosek, iż w akcyi potrzeba jednolitego działania wszystkich czynników sanitarnych w powiecie, a więc lekarzy rządowych i autonomicznych“. Wiele tylko spotkałem ludzi interesujących się tą sprawą, którzy czytali mój artykuł, wszyscy mi mówili: „to coś pan napisał jest zupełną prawdą, bo tak jest w istocie“. Dr. Merunowicz żartuje z mojej propozycyi, mówiąc: „Dr. Sawicki przedstawia wniosek, aby czysto autonomiczną instytucyę przekształcić w czysto urzędniczą organizacyę“.

Rzeczywiście jest tak. Ja się rachuję z faktem, że u nas rząd wszędzie musi swe palce wsunąć, czy trzeba czy nie trzeba. Lepiej więc będzie, żebyśmy nie następowali jedni drugim na nagniotki. Pracujmy razem i razem idźmy do wspólnego celu — dobra kraju.

A teraz popatrzmy co proponuje Dr. Merunowicz?

„J a k d ł u g o, p o w i a d a, n i e b ę d z i e w s i e d z i b i e l e k a r z a o k r ę g o w e g o u r z ą d z o n y s z p i t a l p o d k i e r u n k i e m t e g o ż l e k a r z a, t a k d ł u g o n i e m o ż e m y s i ę s p o d z i e w a ć p o m y ś l n y c h w y n i k ó w w c a ł e j o r g a n i z a c y i s ł u ż b y z d r o w i a; a nieco niżej: „l e k a r z o k r ę g o w y b e z s z p i t a l a j e s t ż o ł n i e r z e m b e z b r o n i i w t e m l e ż y w s k a z ó w k a, j a k d a l e j w t y m w z g l ę d z i e p o s t ę p o w a ć n a l e ż y“.

Jeżeli lekarz okręgowy bez szpitala jest żołnierzem bez broni, to pocóż było tworzyć aż 98 okręgów i wymagać ciągle jeszcze nowych i nowych okręgów; wszakże to znaczy tworzyć tyleż żołnierzy bez broni, czyli inaczej powiedziawszy, — tyle posad bezużytecznych. Szkoda że rząd, przedstawiając ustawę pod uchwałę Sejmu, nie wypowiedział jaśniej, że, razem z kreowaniem lekarzy okręgowych, potrzeba będzie w każdym okręgu urządzić szpital; może by ta sprawa otrzymała inne rozwiązanie.

Czy Dr. Merunowicz porachował coby kosztowało urządzenie i administracya choćby tylko 98 szpitali w tych okręgach, które są aktywowane?

Przykład Rosyi, który przedstawia Dr. Merunowicz, dla tych, którzy dobrze znają to państwo, nawet przy dzisiejszym wysokim jego rozwoju, nie stanowi nic zadziwiającego, bo są gubernie rosyjskie, większe od całej Austryi, cóż więc naturalniejszego, że w gubernii, zwłaszcza bogatszej, naliczyć można 100 lub 150 szpitali, razem z prywatnymi. Przytem takiej moskiewskiej guberni, z jej ogromną i bogatą stolicą, nie należy porównywać, co do ilości łóżek, z Galicyą, a z Dolną Austryą; wtedy się przekonamy, że ta ostatnia stoi daleko wyżej.

Kończę. Spodziewałem się, że ze starcia zdań wytryśnie prawda i korzyść dla kraju; niestety, wytrysło coś zupełnie niespodziewanego, — bo skarga na mnie do Sejmu...

Dr. J. Stella Sawicki.

Na uwagi powyższe Dra St. Sawickiego otrzymaliśmy następującą odpowiedź:

Ażeby ogół czytelników „Przeglądu lekarskiego“ mógł sobie wyrobić własne zdanie o instytucyi lekarzy okręgowych, sądzę, iż będzie najlepiej, jeżeli streszczę zapatrywania na tę sprawę Dra Sawickiego i moje.

Otóż Dr. S. uważa — wskutek zupełnie wadliwej ustawy i instrukcyi — instytucyę lekarzy okręgowych, jako zupełnie chybioną, niepotrzebnie kraj obciążającą i pragnie, aby rząd objął tę instytucyę na swój koszt; zanim to jednak nastąpi, należy się wstrzymać z dalszą organizacyą.

Ja zaś uważam ustawę krajową z r. 1891 o organizacyi służby zdrowia w gminach za wystarczającą, aby osiągnąć cel zamierzony, t. j. poprawę zdrowotności w kraju; a jeżeli dotychczasowa organizacya lekarzy okręgowych nie odniosła jeszcze takich korzyści, jakby się spodziewać należało, to przyczyna leży w tem, że za mało jest szpitali w kraju i pragnę, aby lekarz okręgowy miał pod swym kierunkiem szpitalik, — lub lokal dla chorych, jak go ustawa nazywa, — co do rozmiarów zastósowany do zasobów materyalnych ludności.

Na wszelkie docinki Dra Saw. w drugim artykule nie odpowiadam, bo to sprawy nie wyjaśni.

Zaznaczam tylko, że gdyby rząd, idąc za radą Dra Saw., objął instytucyę lekarzy okręgowych w swe ręce i na swój koszt, to nie uczyniłby tego za obce pieniądze, lecz za pieniądze opodatkowanej ludności.

Dr. S. ocenia użyteczność lekarzy i szpitali jedynie ze stanowiska obciążenia funduszu krajowego. Wprawdzie mamy prawo od krajowego inspektora szpitali wymagać innego zapatrywania na działalność lekarzy i użyteczność szpitali, ale nawet i z tego wychodząc punktu widzenia, wskutek zmniejszonej śmiertelności w kraju, — nie licząc wartości życia ludzkiego, — samo zaoszczędzenie wydatków na pogrzeby i wydatków z nimi nieodłącznych, opłaciłoby pomnożenie ilości lekarzy okręgowych i szpitali.

Nikt nieuprzedzony nie zaprzeczy, że do zapewnienia skuteczności leczenia szerszych warstw ludności, szpitalik (lokal dla chorych) lekarzowi okręgowemu jest niezbędnie potrzebnym. Jeżeli więc kraj stworzył instytucyę lekarzy okręgowych, musi zaopatrzyć ich także w to, co tej instytucyi zapewnić może pełną użyteczność. Rozumiem, że nie od razu wszyscy lekarze okręgowi mogą mieć pod ręką takie lokale dla chorych, lecz w miarę środków pieniężnych,— jakiemi powiat lub okręg rozporządza, — do tego dążyć należy. Rzeczą jest Sejmu, reprezentacyi gmin i powiatów myśleć o tem, z jakich źródeł czerpać na ten cel środki pieniężne, ale nie jest rzeczą lekarzy dowodzić, że wydatki na lekarzy okręgowych i na szpitale są zbytecznem obciążeniem ubogiego kraju.

Zresztą już obecnie same reprezentacye powiatów mają odmienne zapatrywanie na użyteczność szpitali, niż krajowy inspektor szpitali. W roku ubiegłym wybudowano kosztem powiatu szpitale w Lubaczowie i Przemyślanach; takim samym kosztem jest na ukończeniu budowa szpitala w Husiatynie; rozpoczęto budowę w Dolinie i Gorlicach; zebrano fundusze potrzebne w Lisku, Bóbrce, Kałuszu, Kamionce, Krośnie i Dynowie. Rozchodzi się więc jedynie o to, aby mniejszych szpitalików nie oddzielano od instytucyi lekarzy okręgowych, lecz aby wznoszono takie budynki w siedzibie lekarza okręgowego i kierunek szpitala oddawano temuż lekarzowi.

L w ó w w lutym 1898.

Dr. Józef Merunowicz.

Izba lekarska wschodnio galicyjska we Lwowie.

Posiedzenie z d. 5 lutego 1898 r.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg. Członkowie: Kiebuziński, Sysak, Lechowski, Bylicki, Pisek, Schramm, Stöckl i Mukowicz. Usprawiedliwili swą nieobecność Drowie Wysocki, Muszkiet i Żukowski.

1) P r e z y d e n t zdaje sprawę z czynności Wydziału od ostatniego posiedzenia Izby.

2) S k a r b n i k zdaje sprawę z czynności kasowych za rok 1897.

3) Dr. K i e b u z i ń s k i zdaje sprawę z przeprowadzonego skontrum i stwierdza, że wszystko znajduje się w po-

rządku i wnosi udzielenie absolutoryum Wydziałowi. Wniosek przyjęty.

4) Dr. Pisek przedkłada projekt budżetu na rok 1898. Pojedyńcze pozycye podobne do zeszłorocznych, tylko na zapomogi proponuje 450 złr., zaś wysokość opłaty tak jak w poprzednim roku, t. j. 6 złr., z czego 2 złr. na zapomogi.

Dr. Sysak wnosi, by Izba, nim wystąpi z egzekucyą, zawiadomiła delegata, który nieraz łatwo kwotę odpowiednią potrafi ściągnąć. Wniosek ten uchwalony, przyczem Prezydent podaje, że Wydział postępuje w tej sprawie nader oględnie i dopiero wtedy występuje z egzekucyą, gdy już inne sposoby zawiodły.

Dr. Sysak zapytuje, czy Izba zwoła wiec? Dr. Kiebuziński wnosi, by Izba lwowska nie zwoływała wiecu, gdyż nie wie o tem, by lekarze życzyli sobie tego, wnosi by zaczekać, jak wypadnie wiec Izby krakowskiej i czy to lekarzy zainteresuje. Dr. Pisek wnosi, by członkowie zapytali się w swych okręgach, czy lekarze są za wiecem, czy nie. Dr. Bylicki sądzi, że dla zwołania wiecu musiałyby istnieć jakieś ważne sprawy i w takim razie Izba sama może wziąć inicyatywę. Prezydent wyjaśnia, że dlatego podniósł myśl wiecu, by Izba mogła zasięgnąć opinii lekarzy, co do niektórych spraw, jak n. p. sprawa zaopatrzenia; a nawzajem poinformować ogół lekarzy co do innych spraw. Dr. Sysak sądzi, że gdyby tylko sprawa zaopatrzenia była na porządku dziennym, to już powodzenie byłoby zapewnionem; druga ważna sprawa, interesująca wszystkich, jest sprawa kas chorych, dalej sprawa taks sądowo-lekarskich. Wniosek Dr. Piska przyjęto i na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Festenburg.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie w dniu 13 stycznia b. r. uchwalono:

1) Udzielić tytułem jednorazowej zapomogi po 50 złr. p. E. S. z Tarnowa, p. T. K. z Krakowa, 50 złr. w dwóch półrocznych ratach p. M. S. z Krakowa i kwotę 100 złr p. M. Z. z Nowego Sącza.

2) Uwolniono od opłaty taksy, przypadającej na rzecz Izby lekarskiej p. p. M. L. z Krakowa i L. G. z Tarnowa.

3) Uchwalono odstąpić sprawę ogłoszeń Brodzica Radomskiego tut. Magistratowi.

4) Uchwalono ogłosić sprawozdanie z czynności Izby w r. 1897 drukiem w formie dotychczasowej.

5) Następnie Wydział Izby lek., jako Rada honorowa, uchwalił wyznaczyć rozprawę w sprawie Dr. U. przeciw Dr. S. z Makowa, na dzień 29 b. m.; zaś w sprawie Dr. D. przeciw Dr. D. z Kęt przesłać zażalenie oskarżonemu do wyjaśnienia. *Dr. Łazarski.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 17 Lutego.

* Sprawa „Sekcyi prasowej" na Zjeździe tegorocznym w Poznaniu, poruszona przez Dr. Ciechanowskiego w ostatnim Nrze „Przeglądu lekarskiego", jest sprawą dobrej woli interesowanych i niezawodnie posiada znaczenie aktualne. Nie ulega wątpliwości, że istnieją pewne strony wydawnictw lekarskich, które, na zbiorowem ich roztrząsaniu, zyskać muszą; a jeśli sprawy podniesione, jak sądzić należy, będą miały ogólny charakter, to tylko na Zjazdach lekarskich mogą być przedyskutowane. Gdyby nawet wynik praktyczny tych obrad wypadł na razie znikomo, samo powołanie do życia „Sekcyi prasowej" już by znaczyło postęp na przyszłość, jako instancya dla spraw wydawniczych, których dziś może nie być, lecz jutro życie je przyniesie. Z tego wychodząc stanowiska, polecamy myśl Dr. Ciechanowskiego uwadze Komitetu gospodarczego, żywiąc nadzieję, że może w tej sprawie odezwą się głosy, które staną się wskazówką dla organizatorów tegorocznego Zjazdu w Poznaniu.

* *Časopis lékařů českých*, stosownie do uchwały walnego zgromadzenia „Spolku českých lékařů" w Pradze, przechodzi pod redakcyę doktorów: Wellnera, Veselýego i Vlasáka.

* XVI-ty Zjazd internistów niemieckich zbierze się w Wiesbadenie między 13 a 16-tym kwietnia. Z porządku dziennego wyjmujemy dwie ważne sprawy, które mają być poddane pod dyskusyę zgromadzenia: 1) »O nauczaniu klinicznem« mówić będą Ziemssen i Jacksch; 2) »O samozakażeniu z jelit i o antyseptyce przewodu pokarmowego« zdadzą sprawę Müller (z Marburga) i Brieger.

* Na konkursie, ogłoszonym przez redakcyę »Wiener Mediz. Wochenschrift« otrzymali pieniężną nagrodę za najlepszą pracę, która okazała się w ciągu roku 1897: prof. Dr. Obaliński i Dr. Koschinger z Wiednia.

* Dzięki szczerym usiłowaniom Prof. Dra Jordana, oraz uczuciu sprawiedliwości sejmowej komisyi sanitarnej i Wysokiego Sejmu, sprawa emerytury niektórych lekarzy szpitalnych na prowincyi została rozstrzygniętą na ich korzyść i zgodnie z zasadami słuszności.

* Wysoki Sejm udzielił *veniam aetatis* Dr. Stanisławowi Jabłońskiemu w Rzeszowie.

* Dr. Stella Sawicki, zasłużony inspektor szpitali galicyjskich, obchodził we Lwowie 12-go b. m jubileusz 25-letniej działalności na polu pracy zawodowej. W uroczystości wzięło udział nader liczne grono umyślnie przybyłych do Lwowa lekarzy szpitalnych z prowincyi, którzy ofiarowali jubilatowi album pamiątkowe. Imieniem lekarzy lwowskich przemówił prof. Dr. Ziembicki; w odpowiedzi jubilata brzmiała szczera nuta koleżeńska i wzniosłe zasady obywatelskie. Wspólna wieczerza w kasynie ziemiańskiem zakończyła tę uroczystość, która świadczy o szczerem uznaniu, jakiem się cieszy wśród lekarzy inspektor naszych szpitali.

Nekrologia. Zmarli: Józef Markl, lekarz miejski, zmarł w Wareżu, w 65 r. życia. Adam Stolarski zakończył życie w Józefowie, gub. lubelskiej. Witold Kamieński, wychowaniec uniw. św. Włodzimierza — zmarł w 40 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Gazecie Lekarskiej" (Nr. 7): Kramsztyka Z.: Tętnica ciała szklistego, zmętnienie u tylnego bieguna soczewki, jaskra. Dra Finkielkrauta: Przypadek »rupturaę vaginae sub coitu«. Męczkowskiego W.: Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu, z powodu przypadku tej choroby, leczonego surowicą (dokończenie). Ciągliński. W kwestyi objawów mózgowych przy zapaleniu płuc u dzieci. W „Medycynie" (Nr. 7): Palmirskiego: W sprawie wścieklizny u zwierząt domowych. Leszczyńskiego L.: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? (ciąg dalszy). W „Nowinach lekarskich" (Nr. 2): Dra Drobnika: Radykalna operacya wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci. Dra Bogdanika: Dziesięcioletnie sprawozdanie ze szpitala w Białej. W „Kronice lekarskiej" (Nr. 3): Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy. Dra Jaworskiego: Szpital wolski.

Redakcya otrzymała:

— Gajkiewicz Wł.: Chirurgia mózgu i rdzenia kręgowego. Warszawa, 1898.

— Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego. Zeszyt XIX. Kraków, 1897.

— Prof. Gluziński: Eine neue Reaction auf Gallenfarbstoffe. Wiedeń, 1898.

— Prof. Gluziński i Lemberger: O wpływie braku gruczołu tarczykowego w organizmie zwierzęcym na wymianę materyi. Kraków. Nakładem Akademii Umiejętności, 1897.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 23-go Lutego, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Dr. Krzyształowicz: przedstawi chorych z oddziału Prof. Dra Zarewicza.

2) Kol. Prof. Dr. Bujwid mówić będzie: O leczeniu tężca surowicą.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**